

LA CURE
DE
LA MORPHINOMANIE
TRAITEMENT DE LAFOUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA CURE

N° 94

DE

LA MORPHINOMANIE

TRAITEMENT DE LAFOUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 23 JUILLET 1899

PAR

Georges MAGOULAS

(EX-INTERNE DES HOPITAUX D'ORAN).

Né à Céphallonie (Grèce).

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (*)...... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

DOYEN HONORAIRE : M. MAIRET (*).

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	H. BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire.*

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. GRASSET, *président.*
BOSC.
RAUZIER.
RAYMOND.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES

G. MAGOULAS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

G. MAGOULAS.

Au moment où nous devons quitter la Faculté de Montpellier, nous sommes heureux de pouvoir saisir l'occasion qui se présente, pour accomplir un agréable devoir, en exprimant à tous les Maîtres de cette École notre vive reconnaissance et notre respectueuse admiration.

A M. le professeur Grasset spécialement nous adressons, en outre, l'expression de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en présidant notre thèse.

M. le professeur Rauzier a été pour nous d'un précieux concours et d'une grande bienveillance ; nous le prions d'accepter nos plus vifs remerciements.

M. le docteur Ménard, de Lafoux, nous a singulièrement facilité notre tâche par ses encouragements, ses savants conseils, la grande liberté qu'il nous a laissée dans son établissement médical, où nous avons observé tous nos malades, puisé la plupart des éléments nécessaires pour notre thèse. Nous remercions ce distingué et sympathique praticien du fond de notre cœur et l'assurons que nous ne nous croirons jamais acquitté de tous les services qu'il nous a rendus.

Nous n'oublions pas la part qu'ont pris dans notre éduca-

tion médicale MM. les Docteurs, chefs de service des hôpitaux d'Oran, et nous nous empressons de leur témoigner aujourd'hui nos reconnaissants et dévoués sentiments.

LA CURE

DE

LA MORPHINOMANIE

TRAITEMENT DE LAFoux

INTRODUCTION

Les circonstances nous ont amené à accompagner un de nos amis, morphinomane, à Lafoux, et à l'y assister pendant toute la durée du traitement auquel il fut soumis. Nous avons trouvé là l'occasion d'étudier avec beaucoup d'intérêt la Morphinomanie et sa Thérapeutique. Nous avons été vivement frappé de la sécurité et de la rapidité de la méthode qui fut appliquée à notre malade et, touchant à la fin de nos études médicales, nous n'avons pas hésité à en faire le sujet de notre Thèse, sur les sollicitations d'ailleurs du malade que nous avions à guérir, docteur en médecine lui-même.

Exposer cette méthode, faire ressortir les avantages qu'elle nous paraît avoir sur les autres, voilà le principal but de notre travail. Si, par la suite, nous contribuons tant soit peu à sa vulgarisation, nous estimerons que nos efforts n'auront pas été inutiles, sûr que nous sommes, que les malades après

avoir envisagé la suppression d'une habitude funeste avec moins d'appréhension et plus de confiance, pourront en tirer un grand et salutaire profit.

Afin d'être, non pas plus complet, mais plus clair, nous avons cru utile de passer en revue, brièvement, l'étiologie et la symptomatologie de la maladie qui nous occupe, ainsi que les effets du sevrage morphinique. Nous passerons ensuite à l'étude de la thérapeutique préconisée par différents praticiens ou auteurs et notamment de celle que M. le docteur Ménard pratique journellement dans son établissement hydrothérapeutique de Lafoux-les-Bains. Quelques observations, pour la plupart inédites, viendront à l'appui de ce que nous avons avancé.

ETIOLOGIE DE LA MORPHINOMANIE

Les chemins qui mènent à la morphinomanie sont multiples et ceux qui s'y engagent le font, ou par leur propre faiblesse, ou par la faute des autres.

Parmi ces derniers, tous les auteurs nous donnent en première ligne les médecins, qui deviennent fréquemment les premiers initiateurs à cette habitude nocive, en prescrivant à leurs malades la morphine, dans un but thérapeutique, pour combattre les douleurs d'une névralgie, d'un rhumatisme, des accès d'asthme, d'une colique néphrétique ou hépatique etc., ou pour porter remède à une agitation et une insomnie rebelles à tout autre traitement. La morphine, certes, produit l'effet espéré, elle calme la douleur, procure la tranquillité et le sommeil au malade. Mais vient-on à répéter son usage

quelquefois, dépassant ce qu'on lui avait demandé, elle initie le malade à cet état de bien-être et de félicité, spécial à ce médicament, et décrit par les auteurs sous le nom d'*Euphorie morphinique* et que nous ne saurions mieux décrire, qu'en reproduisant le tableau qui en a été donné par un médecin morphinomane et guéri de sa passion :

« En proie, dit-il, à des névralgies résultant d'une affection cardiaque, je fis usage de la morphine en injections hypodermiques. Les jours succédèrent aux jours, les semaines aux semaines et je continuai. Pour la première fois depuis douze ans, je pouvais savoir ce que c'était que de jouir d'un bonheur pur, sans mélange et sans souffrances, Rien de triste, rien de désagréable, ne venait choquer mon esprit et mes sens. Je comparais mon être à une harpe à mille cordes, résonnant admirablement à l'unisson sous les doigts de la plus habile de toutes les artistes, la déesse Morphine. J'avais été empoigné par l'enchanteresse la plus belle de la terre et dont la beauté était une véritable magie, car je ne la voyais pas, mais j'en sentais les charmes. »

C'est vraiment suggestif et on ne s'étonnera pas si des malades se laissent aller à la dérive, bercés par de telles sensations attrayantes et immatérielles.

La cause qui a justifié l'usage de la morphine peut avoir disparu, le malade ne plus souffrir, mais il continuera à désirer et à user de ce médicament pour lui-même, pour les satisfactions et l'ivresse qu'il lui procure, et d'autant plus facilement que ce malade y sera prédisposé par quelque tare névropathique, d'autant plus facilement encore, que son médecin, au lieu de le prévenir, de lui exposer les dangers auxquels il s'expose et vers lesquels il s'achemine déjà, le laissera faire par faiblesse ou trop de complaisance. On cite, en effet, des médecins tellement oublieux de leurs devoirs envers les malades qui se sont confiés à eux, qu'ils leur ont laissé une

ordonnance de morphine, avec la mention « à renouveler », et une seringue pour s'en servir au gré de leur désir. Nous pouvons heureusement ajouter que ces cas, et d'autres analogues, se rapportent à un passé plus ou moins éloigné et espérer qu'aujourd'hui, où les dangers de la morphine ont été suffisamment mis en évidence, ils ne se renouvelleront plus, du moins de la part des médecins consciencieux et soucieux du devoir et de l'honneur professionnels.

Bien plus considérable est la part qui revient aux pharmaciens dans la création ou l'entretien des morphinomanes. Sur la présentation d'une ordonnance que l'usage a réduit en chiffon et même sans aucune ordonnance, on en a vu qui ont délivré des quantités énormes de morphine. Comment ne pas citer notamment celui qui, dans l'espace de dix-sept mois, a fourni à une dame morphinomane par dix, vingt, quarante et jusqu'à cent-dix paquets de vingt centigrammes, six-cent-quatre-vingt-treize grammes de chlorydrate de morphine, contre la somme de mille-six-cent-cinquante francs ! C'est à Montpellier qu'un de nos malades, qui fait le sujet d'une de nos observations, a pu sans la moindre difficulté, à l'insu de sa famille, sans aucune ordonnance médicale, s'empoisonner pendant cinq ans avec l'aide et la coupable complaisance de son pharmacien.

Si les médecins et les pharmaciens se rendent coupables de créer et de propager la morphinomanie, ils sont loin d'échapper eux-mêmes à cette vilaine passion.

Il suffirait de consulter les statistiques dressées par Levinstein en Allemagne et le docteur Pichon en France, pour voir que les médecins forment à eux seuls le tiers du nombre des morphinomanes et qu'ils le dépassent, si on y ajoute ceux, qui, de près ou de loin, se rattachent à cette profession, étudiants en médecine, femmes de médecins et domes-

tiques. Viennent en seconde ligne les pharmaciens, leurs femmes, étudiants et élèves en pharmacie.

Nous gardons pour notre compte le souvenir d'avoir, pendant notre internat à l'hôpital d'Oran, observé sept morphinomanes, dont deux seulement étaient des malades. C'est que le milieu, la fréquentation d'un morphinomane contribuent pour une large part à augmenter les adeptes de la morphine. Il en existe même qui éprouvent un véritable besoin, une impulsion insurmontable à chercher des imitateurs et dans « ce but, ils ne cessent de vanter les effets de la solution enchanteresse » par les descriptions les plus élogieuses et quelquefois surfaîtes. Et si le malheur fait qu'ils rencontrent des individus à volonté faible, avec une mentalité prédisposée par une curiosité exagérée et morbide, par dilettantisme, ils réussiront. Les auteurs ne citent-ils pas de véritables centres ou foyers morphiniques, non seulement parmi le monde galant, mais aussi parmi les classes travailleuses, où des ouvriers et surtout des ouvrières, ont usé de la petite seringue tout simplement par esprit d'imitation, pour faire comme le ou la camarade d'atelier, l'amie ou l'amant, qui promettaient des jouissances nouvelles, des voluptés inconnues....

Tout récemment encore, M. Goron, dans ses mémoires écrits sur « *L'Amour à Paris* », parle d'une princesse, portant « un nom illustre » qui, passionnée de la morphine elle-même, a réussi à entraîner ses amies et « les jours de réception, sur les grands divans de son salon, connu sous le nom sinistre et expressif de « la Morgue », sous l'influence du poison, des femmes en toilette de visite, gisent étendues sans mouvement, pareilles à des cadavres ». Et dans une société inférieure, moins smart, le même auteur parle d'un cabaret, surnommé « *le Cabaret des Spectres* », où « des demoiselles du demi et du quart de monde viennent en toilette négligée,

sans corset, en toilette de chambre et, prenant place devant des tables, restent là sans parler, dans la veulerie ennuyée particulière aux morphinomanes. De temps en temps, on aperçoit sous une table comme un nuage de batiste : c'est une habituée, qui se retrousse et s'enfonce l'aiguille d'or de sa seringue Pravaz ».

A côté des morphinomanes dont nous venons de parler, nous pouvons classer ceux qui le deviennent, après avoir cherché à assoupir par la morphine, « cette grande consolatrice », une souffrance morale « causée par une existence manquée, un espoir trompé, un amour déçu, une de ces pertes irréparables qui, laissant l'homme seul, sans appui, lui font toucher du doigt la nécessité d'une affection et le néant de tout le reste. » Combien ces circonstances étiologiques s'appliquent au malade qui fait le sujet de notre sixième observation ! M. Chambard cite, d'un autre côté, le cas de deux étudiants en médecine, qui sont devenus morphinomanes à la suite d'un échec dans leurs examens.

Nous devons ensuite noter l'existence d'un grand nombre d'individus qui sont devenus morphinomanes après avoir cherché dans les propriétés de la morphine un excitant pour leurs facultés physiques et intellectuelles, afin de suffire à leurs engagements ou mener à bonne fin une tâche pour laquelle ils se sentaient insuffisants. Tels certains conférenciers, qui n'entament pas leur sujet sans se faire une copieuse injection de cet alcaloïde ; tel politicien, qui quittait plusieurs fois la salle des séances, pour aller puiser à la même source l'activité et l'éveil nécessaire pour suivre la discussion ; tel enfin, le cas de plusieurs officiers de l'armée allemande qui, pendant la guerre de 1870-71, obtenaient la résistance nécessaire pour faire face aux fatigues exagérées auxquelles ils étaient soumis par l'usage répété de la morphine.

Mais il est une chose que nous voudrions bien mettre en

évidence, c'est que toutes ces causes, toutes ces conditions qui ont provoqué l'emploi de la morphine, ne mènent pas inévitablement à la morphinomanie, sans une certaine prédisposition de la part de l'individu. Ne devient pas morphinomane qui veut, a-t-on écrit. Et en effet, nombreux sont ceux qui jouissent du meilleur des préservatifs contre cette passion, en présentant une notable incompatibilité physiologique envers la morphine, qui, dès la première injection, cause chez eux un véritable empoisonnement aigu, traduit par des nausées, des vomissements, de la céphalée, par un état fort pénible et angoissant. Il est évident que ceux-ci ne demanderont pas, n'accepteront même pas la répétition de son emploi. C'est ainsi que tout malade soumis à des injections morphiniques, conformément à une indication clinique, ne deviendra pas nécessairement morphinomane; tel n'aura même pas la tentation de le devenir, tel autre aura la tentation et y résistera; tel autre aura la tentation et n'y résistera pas, mais ne deviendra morphinomane constitué qu'après de longues luttes, des périodes de suppression et de récédive, par le fait de l'euphorie habituelle ancienne et alors peut être considéré plutôt comme victime de l'intoxication chimique — et rentrera dans la classe des morphinisés de Pichon — que de l'intoxication mentale. Tel autre enfin succombera à la tentation euphorique d'emblée, éprouvera dès le début le bien-être et l'ivresse morphiniques. A ce propos nous pouvons citer le cas d'un colon algérien, qui, à la suite d'un accident de chasse, fut confié aux soins des internes de l'hôpital d'Oran, dont nous étions. Il a été certes comblé des meilleurs soins; un de nos camarades poussa même la prévenance jusqu'à lui faire le soir, avant de lui souhaiter une bonne nuit, une piqûre de morphine.

Le lendemain notre malade arrive à l'internat, les bras ouverts, ne trouvant pas assez de mots pour exprimer sa re-

connaissance ; il avait passé pour la première fois dans sa vie une nuit pareille. Il déclare que le soir, il demandera une nouvelle piqûre. Elle fut faite, puis une troisième, une quatrième et puis d'autres, jusqu'au jour où un des internes, qui avait eu l'occasion de voir un cas de morphinomanie, exposa les dangers qu'encourait notre malade. A partir de ce moment on lui refuse toute nouvelle injection, mais le lendemain il monte à l'hôpital et nous exhibe avec l'air le plus satisfait, un flacon et une seringue. « Qui vous a donné tout cela ? » lui demande-t-on. « C'est mon ami, le pharmacien X... » Inutile d'ajouter que, muni de cet arsenal, malgré tous nos conseils et tous nos efforts pour l'arracher à une habitude funeste, ce malheureux devient bientôt le plus passionné des morphinomanes et l'est encore, réfugié dans son pays natal, après avoir perdu sa situation en Algérie. Nous avons été et restons, tous les internes, navrés de ce malheur et si nous ne trouvons point d'excuse pour l'avoir provoqué, qu'on ne nous refuse pas au moins les « circonstances atténuantes », tirées de ce fait, que nous en avons été les auteurs inconscients et involontaires et que, une fois mis en éveil, nous n'avons rien négligé pour réparer la faute commise. C'est après ce cas que, mieux avertis, nous avons pu, jusqu'au jour où nous avons quitté l'hôpital d'Oran, dépister les six autres dont nous avons fait mention plus haut.

L'histoire de ce colon montre bien quel rôle peut jouer la prédisposition dans la morphinomanie, prédisposition qui existait chez lui d'une façon latente et qui n'attendait que l'occasion pour se manifester. Cette occasion a été fournie ici par une indication thérapeutique ; mais pour un prédisposé, tel que nous le comprenons, toute autre occasion serait le point de départ de la morphinomanie. Nous pourrions même ajouter qu'à part quelques rares exceptions, tout morphinomane vrai, justiciable d'un traitement qu'il réclame ou,

le plus souvent, qu'on lui impose, est la victime plus ou moins inconsciente d'une organisation psycho-physiologique telle qu'en l'absence de toute indication, il se fut adonné à la morphine ou même à toute autre intoxication analogue par pure curiosité, par esprit d'imitation, par une impulsion vers le nouveau et l'inconnu, ce qui n'est que la preuve d'une certaine anormalité, d'un certain déséquilibre mental. Nous verrons plus loin combien on doit tenir compte de toutes ces considérations pour le choix d'une thérapeutique appropriée et efficace.

SYMPTOMATALOGIE DE LA MORPHINOMANIE

Les auteurs donnent de longues descriptions de nombreux symptômes qui sont l'effet de l'intoxication chronique par la morphine. Nous ne ferons ici que les énumérer brièvement en prenant pour base l'article de M. Gilles de la Tourette, qui les fait entrer dans trois périodes :

- 1° La période de l'Euphorie ;
- 2° » » d'Oscillation ou intermédiaire ;
- 3° » » Cachectique.

La première de ces trois périodes suit plus ou moins de près les premiers usages de la morphine ; nous avons même vu que, très souvent, c'est l'euphorie qui scelle l'alliance de l'individu avec sa nouvelle source de plaisir et de bonheur. Elle constitue la lune de miel du morphinomane, qui se trouve être l'homme le plus heureux du monde. Plus d'ennui, plus

de chagrin, plus de préoccupation qui ne cède la place à une pure félicité sous l'influence de l'énivrante solution ; il s'en servira au commencement avec discernement, avec prudence et un certain ménagement et ceci pour s'assurer le plus longtemps possible ces effets bienfaisants de la morphine, dont il a appris l'infidélité plus ou moins prochaine. C'est qu'en effet cette période d'euphorie est de courte durée, de six, dix mois, un an en moyenne. Un de nos malades a pu la prolonger jusqu'à deux ans, et un autre, de M. le docteur Ménard, jusqu'à cinq ans ; tous les deux médecins, c'est en connaissance de la marche du morphinisme qu'ils ont usé de tout artifice pour rester le plus possible dans sa première période, en s'efforçant d'éviter l'accroissement des doses de la morphine qu'ils devaient s'injecter.

Mais tôt ou tard cette première période aura vécu. L'individu ne sera plus son maître, il sera l'esclave de la morphine, qui lui sera devenue nécessaire, indispensable ; elle s'imposera de la façon la plus impérieuse.

Nous nous trouvons alors dans la deuxième période de la morphinomanie, période d'oscillation de Gilles de la Tourette, que nous désignerions volontiers sous le nom de période d'obsession et de besoin, véritable passion qui constitue la maladie proprement dite. C'est dans la puissance de cette obsession que l'on peut reconnaître la prédisposition morbide du patient, selon le degré de résistance qu'il offrira à la tentation croissante. Cette résistance sera presque toujours vaincue, parce que la morphine sera imposée à l'individu, non seulement par son imagination, mais par son organisme tout entier.

Pour pouvoir continuer ses occupations, pour entretenir l'équilibre, tant de son état physique que de son état moral, le malade, car nous pouvons déjà employer ce mot, devra avoir recours à l'administration incessante de sa drogue. Bien plus,

pour combattre l'accoutumance, il sera obligé d'augmenter progressivement la dose, ainsi que le nombre journalier des piqûres. L'usure de chaque dose se traduira chez lui par de la fatigue, de l'assoupissement, un énervement caractéristique et de la torpeur intellectuelle ; il lui faudra une nouvelle dose pour recouvrer son état normal, dose qui deviendra progressivement croissante.

Malgré cela, ses effets seront de plus en plus moindres et de courte durée et pour y remédier il faudra rapprocher de plus en plus la piqûre. Toute heure et toute place seront bonnes alors. En promenade, au théâtre, aux réunions, partout, en un mot, où le besoin se fera sentir, le morphinomane trouvera le moment et le moyen de tromper son entourage et s'injecter le remède, dans lequel il espère trouver le stimulant capable de le secouer et le réveiller. Il ne cherche plus à faire de doux rêves, à satisfaire son imagination vagabonde et abandonner cette terre que la morphine lui a fait mépriser pour un monde supérieur, dépourvu de matière. Il sait qu'il ne l'obtiendra plus. Il restera cloué terre à terre. Il n'existera plus pour lui aucun plaisir, aucune satisfaction. Incapable de travailler, de s'occuper, il restera face à face avec sa personnalité dégradée. Et s'il lui reste assez de mentalité pour se rendre un compte exact de l'état qu'il s'est volontairement créé, s'il est en proie avec son amour propre, s'il ressent les reproches de sa conscience, le supplice aura dépassé de beaucoup tout ce que la morphine a pu lui procurer de plaisirs et de voluptés éphémères. Il sera, en un mot, en *pleine troisième période*, celle la *cachexie morphinique*, caractérisée par une déchéance générale, un anéantissement de toutes les aptitudes physiques et morales. L'organisme aura subi le contrecoup d'un abus incalculable d'un des pires poisons, il sera atteint dans son ensemble et dans ses éléments primordiaux. Plus de repos, plus de sommeil, malgré tous les hypnotiques de la pharma-

copée. Il n'y aura pas de fonction qui ne soit endommagée chez le morphinomane de cette période. Ses facultés intellectuelles, sa mémoire, sa volonté, son sens moral, seront notablement amoindris, sinon disparus. Les illusions et les hallucinations auront remplacé les douces revasseries antérieures. Sa sensibilité générale et sensorielle sera amoindrie et pervertie. Les réflexes seront diminués ou abolis et chez un de nos malades nous avons noté en même temps des mouvements anormaux et choréiformes des membres inférieurs. A la surexcitabilité génésique du début succède l'impuissance. Chez la femme, on a, en outre, des troubles dans la menstruation et une complète aménorrhée. La conception et la grossesse ne sont pas toujours entravées, mais l'enfant naîtra lui-même morphinomane et présentera quelques heures après sa naissance les symptômes du sevrage morphinique auquel il pourra succomber; s'il survit, il sera emporté plus tard, par des convulsions, ou fera un être dégénéré et névropathique.

Du côté de l'appareil urinaire, les morphinomanes présenteront des troubles de la miction, de la dysurie, des urines albumineuses ou glycosiques.

Leur pouls est faible et ralenti. Quelquefois ils ont des palpitations de cœur fréquentes et douloureuses, avec de la dyspnée.

L'appareil digestif est un des plus atteints par la morphinomanie. L'inappétence, le dégoût même pour les aliments, ont été notés chez tous les morphinomanes qui ne se mettent généralement pas à table avant de se faire une piqûre, qu'ils renouvellent après le repas pour activer et faciliter la digestion. La constipation est générale et opiniâtre, la soif est exagérée. Leur appareil cutané porte la trace de plusieurs éruptions morphiniques, mais surtout celle de stigmates des piqûres faites par le malade. (M. Rodet en a compté jusqu'à 63,000 sur le même individu.)

On conçoit qu'après une perturbation aussi générale le morphinomane perde tout embonpoint : il est maigre, avec les traits tirés, la face ridée, le regard éteint. Les yeux sont enfoncés dans l'orbite, cachés par des paupières lourdes et bouffies. Les dents sont gâtées, l'haleine fétide. Ils ont tous l'expression d'avoir assez vécu, du dégoût pour tout ce qui les entoure, et au bout de tout cela la cachexie finale, le marasme, ou, quelquefois, le suicide.

SYMPTOMES DE L'ABSTINENCE MORPHINIQUE

Lorsqu'on prive un morphinomane de sa morphine, il ne tarde pas à éprouver cette série de sensations désagréables connue sous le nom d'état de *besoin vital*, comme l'a dénommé Charcot, et que, par opposition à l'euphorie, nous désignons du nom de *dysphorie*. C'est qu'en effet nous sommes en présence d'un individu dont le système nerveux et l'organisme entier ont pris l'habitude d'entrer en activité sous l'impulsion excitante de la morphine. Une fois celle-ci dépensée, l'organisme manque de stimulant, et, ne pouvant y suppléer, il souffre et réclame un nouvel apport de cette substance devenue pour lui un aliment nécessaire. Lorsque l'heure habituelle de l'injection arrive, dit un malade du docteur Zambaco, une agitation de plus en plus grande s'empare de mon corps, je ne puis plus tenir en place ; tous mes membres sont parcourus par une sensation insupportable ; c'est comme des fourmis qui courent partout, c'est comme si on était rongé par une infinité de vers, il survient une sorte de fatigue, de faiblesse, de las-

situde extrême. Les membres sont lourds, plus pesants, comme au moment de sortir d'un bain général dans lequel on a séjourné quelque temps. La respiration devient anxieuse, profonde, suspicieuse ; le pouls faible, petit, parfois agité. On éprouve des palpitations cardiaques, des bourdonnements dans les oreilles, un sentiment de vide dans la tête ; toute fixation d'esprit, tout travail, deviennent impossibles.

Les pupilles, resserrées habituellement, sont relativement dilatées. Une seule pensée absorbe le morphinomane, le domine alors : c'est celle de se faire une injection. Si, dans ces moments, on essaye de le contredire, de s'opposer à son injection ou de la retarder, il se met dans des colères violentes, il est hors de lui-même ; à propos de la moindre remarque, il casserait et briserait tout. Nous avons en effet noté chez tous les morphinomanes que nous avons pu suivre (pendant la suppression de leur morphine) une agitation extrême touchant au délire maniaque ; une dépression ne tarde pas à se faire sentir et alors le malade est plus calme, une détente se produit, seulement cet état n'est qu'apparent. Le malade est toujours fort mal à l'aise, mais ne le manifeste plus, manquant de force ; il devient de plus en plus faible, pâlit, se couvre de sueurs, s'étire, baille, et s'il ouvre la bouche pour parler, ce n'est que pour se plaindre et demander de la morphine. Pour en avoir, il commet toute bassesse ; le mensonge, le vol, le crime même, est, pour ce but, mis en pratique. Aux symptômes précédents s'ajoute, dès le deuxième jour de la suppression, une hyper-sécrétion de toutes les glandes et de toutes les muqueuses ; le malade larmoie et crache abondamment ; des vomissements fréquents et une diarrhée incessante finissent de l'abattre ; s'il veut se lever, sa faiblesse est si grande qu'elle le fait se recoucher de nouveau ; toute position lui sera insupportable, le repos sera impossible. Mais ce qui rend cette situation des plus pénibles, c'est l'agitation de la nuit, l'insomnie complète

avec un sentiment fort désagréable de vide dans la tête. Le cœur faiblira de plus en plus, la respiration deviendra rare et haletante ; des sueurs profuses et froides couvriront le malade, qu'il sera impossible de réchauffer, cet état, qui paraîtrait alarmant, est fort bien supporté, et une bonne thérapeutique aidant sera de courte durée.

Il n'a pas néanmoins manqué d'inquiéter outre mesure les médecins qui ont pratiqué la démorphinisation et c'est de là qu'est provenu la diversité des méthodes employées, que nous passerons en revue, avant d'exposer celle de M. le docteur Ménard, pratiquée dans son établissement hydrothérapeutique à Lafoux-les-Bains.

TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE

Nous arrivons au véritable sujet de notre thèse, le traitement de la morphinomanie. Il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que pour guérir un morphinomane, il faut le priver de sa morphine. C'est sur la manière d'y arriver que se portent les divergences et nous aurons à étudier trois méthodes principales, avec leurs médications adjuvantes et tout spécialement celle de Lafoux :

- 1° Méthode de suppression lente ;
- 2° Méthode de suppression brusque ;
- 3° Méthode de suppression rapide ;
- 4° Méthodes adjuvantes ;
- 5° Méthode de Lafoux-les-Bains.

MÉTHODE DE SUPPRESSION LENTE

Le docteur Zambaco (de Constantinople) qui, un des premiers, a fait des études très intéressantes sur la morphinomanie, frappé par les désordres physiques et organiques que produit la privation de la morphine chez un habitué, a préféré dans sa pratique la suppression lente et progressive de cet alcaloïde. Il a même insisté beaucoup sur la manière de diminuer les injections et, sans entrer dans beaucoup de détails, qu'il nous suffise de dire, d'après cet auteur, que les dernières injections à supprimer doivent être celles du matin et du soir, et celles qui précèdent les repas. Cette méthode a été, plus tard, presque unanimement adoptée en France, d'où son nom de méthode française, sous lequel l'a désigné le docteur Pichon, par opposition à celle pratiquée en Allemagne par Levinstein et désignée sous le nom de méthode allemande.

M. le professeur Grasset, reprenant l'étude de la suppression lente de la morphine, ajoute que les dernières injections à supprimer varieront suivant le malade. C'est ainsi, que pour un cas de morphinomanie à étiologie thérapeutique, la dernière injection à supprimer devra être celle qui s'adresserait le plus directement à la cause qui a nécessité l'usage de la morphine.

M. le docteur Pichon a dressé des tableaux synoptiques résumant la manière de diminuer la morphine dans la suppression lente et progressive. Il réduit le nombre des piqûres à trois, une le matin, une à midi et une autre le soir, en diminuant la dose d'un centigramme tous les deux ou trois jours. Il arrive ainsi à la dose de 0,01 centigramme par injection. Il supprime complètement l'injection du milieu de la journée, puis celle du matin, et finalement celle du soir pour assurer jusqu'au dernier moment le sommeil de son malade.

Il est certain que plusieurs auteurs citent des cas de guérison obtenus par cette méthode; mais il n'est pas moins vrai que plus d'une fois elle a échoué, plusieurs malades après avoir usé un temps très long à diminuer d'une façon mathématique leur dose, ont dû cesser le traitement quand on est arrivé au moment où il fallait supprimer totalement leur morphine. Car, fait établi d'une façon irréfutable, aussi lentement que l'on essaye d'arriver à cette suppression totale, on n'a pas pu éviter aux malades les symptômes fort désagréables de l'abstinence, ils sont moins intenses, cela est vrai, que par la suppression brusque, mais leur durée est encore plus préjudiciable au malade qui, exténué, affaibli, se trouve privé de l'énergie nécessaire pour faire face à la suppression des dernières doses.

« Prétendre », dit Erlenmeyer « pour soutenir la suppression lente contre la suppression brusque, que l'organisme supporte mieux des dérangements faibles et de longue durée, que des troubles violents mais courts, c'est affirmer un fait que détruisent toutes les expériences pathologiques. »

Durée trop longue de cette méthode, voilà le grave inconvénient d'où découlent tous les autres, sans qu'il en résulte de grands avantages pour le malade. Aussi elle est aujourd'hui universellement abandonnée, et ce n'est que lorsque toute autre méthode est impossible à mettre en pratique que l'on doit avoir recours à elle.

Comme exemple de suppression lente, nous choisissons l'observation suivante, citée par Erlenmeyer dans son article sur la morphinomanie (Encéphale 86).

Observation I

Profession du malade : médecin ; âge, vingt-huit ans ; prend de la morphine depuis deux ans : Dose journalière, 0,40 centigrammes.

Premier jour. — 0,33 centigrammes;

Deuxième jour. — 0,31 centigrammes;

Troisième jour. — 0,24 centigrammes; baillements, sentiment de lassitude dans les membres.

Quatrième jour. — Bien dormi, 0,18 centigrammes. Le matin: inquiétude, baillements. Le soir: inquiétude, baillements, douleurs d'estomac. Le jour après: sentiment de bien-être.

Cinquième jour. — Bien dormi; 0,18 centigrammes. Le matin: inquiétude, baillements, douleurs d'entrailles, diarrhée, évanouissement. Le soir: tiraillements dans les mollets, baillements.

Sixième jour. — Bien dormi, garde le lit à cause d'un abcès à la jambe, incision, un peu impressionné à la suite de cette opération, à quatre reprises selles liquides: 0,17 centigrammes.

Septième jour. — Bien dormi. Le matin: tiraillements dans les mollets; 0,15 centigrammes.

Huitième jour. — Bien dormi; 0,14 centigrammes. Les autres indications manquent.

Neuvième jour. — Bien dormi. Le soir: inquiétude, congestion à la tête, sueur, douleur d'estomac; 0,12 centigrammes.

Dixième jour. — Mal dormi; 0,09 centigrammes. Le soir: un peu d'inquiétude, sueurs.

Onzième jour. — Admirablement bien dormi, inquiétude, peu de symptômes d'abstinence de morphine; 0,07 centigrammes.

Douzième jour. — Bien dormi, de huit à onze heures, vif désir de morphine. Le soir: vomissements, inquiétude et lassitude, surexcitation 0,057 centigrammes. 120 grammes de cognac.

Treizième jour. — Bien dormi. Le matin, vomissements

à deux reprises. Selles liquides. Le soir : subitement, grande surexcitation, inquiétude et vif désir de morphine ; 0,045 et 30 gouttes de teinture d'opium.

Quatorzième jour. — Bien dormi, toutes proportions gardées, bon état, 0,035, 30 gouttes de teinture d'opium.

Quinzième jour. — Insomnie jusqu'à cinq heures du matin. Le matin : un peu d'inquiétude et de lassitude, 0,025, 30 gouttes de teinture d'opium.

Seizième jour. — Sept heures de sommeil. Le matin : bon état, vers midi grande inquiétude dans les muscles et surexcitation, tiraillements douloureux dans les jambes, 0,02, 30 gouttes de teinture d'opium.

Dix-septième jour. — Sommeil de deux à cinq heures du matin seulement ; tout à fait gai et content, 0,01, 30 gouttes de teinture d'opium, 0,03 d'opium pur.

Dix-huitième jour. — Bien dormi, sentiment de bien-être, 27 gouttes de teinture d'opium, 0,03 d'opium pur, 0,005 de morphine.

Dix-neuvième jour. — Dormi de minuit à quatre heures du matin, de quatre à sept heures, 5 fois diarrhée avec douleurs d'entrailles. Le soir : subitement grande surexcitation et inquiétude pendant une heure, une heure et demie de sommeil, épuisement, 25 gouttes d'opium 0,03 d'opium pur.

Vingtième jour. — Pas dormi, état assez satisfaisant, 30 gouttes de teinture d'opium.

Vingt-et-unième jour. — Bien dormi, bon état, 17 gouttes de teinture d'opium.

Le traitement est ici terminé ; mais le vingt-troisième jour on remarque encore des sensations désagréables, de légers tiraillements aux muscles et aux extrémités, souvent des éternuements. Il a donc fallu dix-huit jours pour la suppression de 0,40 de morphine, 3 pour la suppression de l'opium dont il avait fait prendre l'habitude au malade, soit

en tout vingt et un jours pendant lesquels le malade a été constamment sous l'influence de symptômes morbides, pénibles et désagréables. Le traitement de suppression dure trois semaines entières ; c'est après qu'il commence à peine à se refaire ; et il doit partir au bout de huit jours, il sera difficilement assez reposé pour supporter sans fatigue les tracasseries de ses occupations journalières ; le danger d'une rechute est menaçant au plus haut point. Et par dessus tout, le médecin a-t-il une garantie quelconque que son malade ne s'est pas procuré en cachette de la morphine ? Pas la moindre.

2^o MÉTHODE DE SUPPRESSION BRUSQUE

Elle consiste à supprimer brusquement et totalement la morphine, en isolant le malade et en le mettant sous une étroite et constante surveillance. Le premier qui en fait mention, est le docteur Eder, de Vienne, en 1864, mais celui qui la systématisa et l'employa de préférence à tout autre est le docteur Levinstein, d'où la désignation de la méthode par le nom de cet auteur.

Les symptômes de l'abstinence apparaissent ici avec leur maximum d'intensité ; c'est cette intensité même de l'état dysphorique qui a fait déprécier cette méthode, qu'on a aussi accusé de produire le collapsus, le coma et même la mort. Nous avouons qu'à côté des autres symptômes bien inoffensifs, le seul qui nous ait inspiré quelque inquiétude chez un de nos malades, pendant toute la période de sa démorphinisation par la méthode de Levinstein, a été la grande faiblesse qui a suivi une première période d'excitation.

Mais nous n'avons pas observé de phénomènes d'une gravité suffisante à faire regretter cette méthode ; nous ne les avons vus cités nulle part, dans aucune observation d'une façon nette et ne supportant aucune objection.

On ne peut vraiment pas mettre sur le compte de la suppression brusque de la morphine, le cas de mort cité par M. le professeur Ball, attendu que cet accident se produisit plusieurs jours après la dernière injection de morphine et de ce fait, qu'à l'analyse chimique des viscères de la malade, on y décela la présence de la morphine, nous nous permettons de nous demander si une surveillance insuffisante n'avait pas permis à la malade de prendre une grande dose de cette substance toxique.

MM. A. Lutaud et B. Deering rapportent plusieurs nouvelles observations de guérison par la suppression brusque, et disent avoir pu en réunir trente autres, dans lesquelles cette méthode n'a produit aucun symptôme grave. « Nous attendons encore, disent ces auteurs, des faits authentiques démontrant que cette suppression puisse produire les dangers qu'on s'est plu à incriminer dans quelques-uns de nos livres classiques. »

Voilà l'observation qu'ont donné MM. Lutaud et Deering dans la *Revue de Psychiatrie*.

Observation II

M^{me} D..., âgée de trente-neuf ans, mère de deux enfants, est devenue morphinomane par le mauvais exemple de son mari, morphinomane lui-même.

D'un caractère exalté, cette malade ne tarda pas à s'injecter chaque jour des doses considérables de morphine de 75 centigr. à 1 gr. 50 par jour.

Appartenant à une famille riche, elle fut l'objet des soins les plus assidus. On consulta plusieurs sommités médicales de Paris; aucun d'eux n'a prescrit l'internement et l'on tenta

pendant plusieurs années sans succès la guérison par la diminution graduelle.

En 1885, selon les indications d'un médecin allemand, le Dr Lutaud conseilla les injections de cocaïne pour combattre l'action de la morphine et le séjour dans une petite station du Midi, où une surveillance pourrait être utilement exercée. L'effet de cette médication ne fut pas heureux. On arriva à réduire la dose quotidienne de morphine à cinquante centigrammes, mais la cocaïne augmenta l'excitation et donna lieu à des phénomènes délirants. Au commencement de 1884, l'excitation était telle qu'on dût ramener la malade à Paris et l'interner dans une maison d'aliénés.

Après une consultation de MM. Legrand du Saule, Motet et Lutaud, l'internement fut maintenu et la suppression brusque de la morphine fut appliquée.

Huit jours après sa séquestration, la malade ne prenait plus de morphine et ne présentait plus aucun phénomène morbide.

La suppression brusque de la morphine n'avait donné lieu à aucune complication.

Après avoir été maintenue en surveillance pendant quelques semaines, cette malade fut rendue à sa famille complètement guérie de la morphinomanie ; elle n'en resta pas moins fort excitée et présenta des symptômes graves d'hystérie. Elle redevint morphinomane deux ans plus tard, et la famille n'ayant pas voulu consentir à un nouvel internement, elle mourut assassinée en 1893.

Observation III

SUPPRESSION BRUSQUE

(PERSONNELLE ET RECUEILLIE A LAFoux)

M. X..., trente-trois ans, a eu au mois de mars 1897 une névralgie stomacale et son médecin lui fit une injection

de morphine de 0,01 centigramme, eut quelques vomissements, mais ses douleurs se calmèrent et ne revinrent que le lendemain vers sept heures du soir. Nouvelle piqûre, et puis, deux jours après, troisième piqûre, à la suite de laquelle il présenta des symptômes d'empoisonnement aigu, vomissements, dilatation pupillaire, etc.

On cessa la morphine jusqu'au mois de janvier 1898, lorsque les douleurs gastriques augmentèrent d'intensité, de façon qu'on dut lui faire trois injections de morphine en quatre jours.

Les vomissements et les douleurs gastriques se calmèrent de nouveau, mais il persistait une forte douleur à la fosse iliaque droite, contre laquelle les injections restaient sans effet, et on les supprima. La douleur petit à petit s'atténua, mais sans disparaître complètement.

Fin septembre 1898, le malade souffrit de nouveau de son estomac, et, comme son médecin lui avait laissé une ordonnance, il se procura de la morphine, acheta une seringue et se piqua.

Il continua à se faire une injection de 0,01 centigramme de morphine tous les deux jours, pendant quinze jours, puis, une injection par jour, pendant douze jours, puis deux dans la même journée, toujours de 0,01 centigramme.

Seulement, comme l'effet de la morphine lui paraissait amoindri, il modifia lui-même l'ordonnance du médecin et au lieu de 0,10 centigrammes de morphine pour 10 grammes d'eau, il se fit faire une solution contenant 0,15 centigrammes de morphine pour 10 grammes d'eau. Au bout de deux mois, il finissait son flacon en trois jours, ce qui lui faisait 0,05 centigrammes de morphine par jour.

Il est entendu qu'il n'avait mis personne au courant de ces pratiques jusqu'au jour où, s'affaiblissant de plus en plus, il fit mander un médecin autre que son médecin habituel, qui

conseilla au malade et à sa famille la suppression de la morphine, en leur faisant entrevoir les dangers qui pourraient en résulter. Le malade s'est vu dans l'impossibilité de mettre à exécution l'engagement qu'il prit de ne plus se piquer, et, malgré les sollicitations de sa famille, continua de plus belle, jusqu'au jour où son père lui enlevait solution et seringue et l'enfermait dans sa chambre. Le soir, à sept heures et demie, le patient suppliait, criait, et finalement alluma son réchaud pour s'asphyxier. On s'en aperçut juste à temps pour arriver à le ranimer. On le conduisit à Lafoux-les-Bains le 29 mars 1899, où il fut soumis au traitement habituel, continua et acheva sa démorphinisation d'une façon régulière.

Il est maintenant complètement guéri et a pu reprendre ses fonctions de notaire.

3° METHODE DE SUPPRESSION RAPIDE

Devinstein a employé, lorsqu'il s'est trouvé en présence de malades atteints de phthisie, asthme, maladies de cœur, ou d'individus d'une sensibilité exagérée, une méthode moins radicale que celle de la suppression brusque, pour éviter les symptômes causés par cette dernière. Il ne supprimait pas, c'est-à-dire tout à fait et d'un coup, toute la morphine, mais il en continuait l'usage pendant les premiers jours du traitement dans le but d'éviter à l'organisme une secousse subite.

Parti de ce point Erlennmeyer institua sa méthode sur les mêmes bases et sous le nom de suppression rapide, ou encore méthode d'Erlennmeyer ; cette méthode tient compte de la constitution du malade, de la durée de la maladie, et de la dose de morphine injectée dans les vingt-quatre heures et est modifiable selon les circonstances. Le sevrage se fait d'une

façon rapide, mais pas brusque, de façon à arriver à la suppression totale au bout de huit à douze jours.

Pour mieux mettre en évidence la technique d'Erlenmeyer, nous reproduisons une des observations du journal de cet auteur.

Observation IV.

SUPPRESSION RAPIDE

(ERLENMEYER dans Encéphale 1886.)

M. E.... docteur en médecine ; 32 ans. Dose journalière : 2 grammes. Cause : rhumatisme articulaire. Poids : 221 livres.

Premier jour : 0,3.

Deuxième jour : 5 heures de sommeil, 0,2. Vomissements.

Troisième jour : sommeil de 9 à 3 heures et de 8 heures et demie à 7 heures et demie, 0,085. Frissons, pas de diarrhée ni de vomissements ; pas d'éternuments, mais seulement inquiétude et bâillements.

Quatrième jour : dormi de 11 heures à 2 heures, puis reposé tranquillement jusqu'à 5 heures. Vomi une fois, 0,05. Le soir : une fois diarrhée, voix larmoyante.

Cinquième jour : 6 heures de sommeil : vers le matin, inquiétude. Pas de vomissements, deux fois diarrhée ; 0,025. En liberté.

Sixième jour : insomnie, 0,01, bon appétit, extinction de voix. Sauf les selles liquides, pas de symptômes d'abstention.

Septième jour : plus de morphine.

Huitième jour : bien dormi, très bon appétit. (Unge Kreuste Doppelbilder, Diplopie non croisée.) Poids : 110. Du fer, a pris un bain tous les jours. Se remet à vue d'œil, à partir de ce moment. Quitte l'établissement le vingt et unième jour.

Poids descendu à 214 pendant le traitement. Poids au moment du départ : 228.

MÉTHODES ADJUVANTES.

(a) *Méthode adjuvante symptomatique.* — Cette méthode a pour but de modérer les symptômes pénibles qui surviennent au cours de l'application d'une des trois méthodes précédentes, en maintenant les forces du malade et créant ainsi un organisme plus résistant.

1° C'est ainsi qu'on a eu recours à une *médication tonique*: fer, quinquina, amers, arsenic, alcool, hydrothérapie, etc.

Berhuber a conseillé la transfusion du sang dans un cas de cachexie extrême et, tout récemment, le lavage du sang a été préconisé par plusieurs auteurs, par M. Sollier entre autres, qui écrit qu'à la suite de la démorphinisation, il a vu souvent guérir la maladie qui avait causée la morphinomanie. La « crise » de la démorphinisation serait comme un remède et à tel point, qu'on pourrait être tenté de morphiniser pour pouvoir démorphiniser après. Nous ne croyons pas que les faits observés jusqu'à présent concordent avec cette théorie.

2° *Médication sédative.* Tous les hypnotiques, tous les sédatifs ont été employés pour combattre l'insomnie et l'excitation qui accompagnent la suppression de la morphine. L'opium et le haschich, le chloral, les bromures, le sulfonal, la paraldehyde, l'hypnone, la codeïne, l'éther, et d'autres substances ont été employées tour à tour, ce qui prouve le peu d'efficacité en l'espèce de chacune.

Les auteurs décrivent à part une *méthode physiologique* préconisée par Jennings et que nous croyons plus simple de faire entrer dans la méthode symptomatique, attendu qu'elle

visé à remédier à un des symptômes les plus fréquents et les plus intenses de la démorphinisation, la dépression de l'énergie cardiaque. Jennings s'est basé sur des tracés sphymographiques pour préconiser sa médication. Il a vu en effet que le tracé d'un morphinomane indique une recrudescence de l'impulsion cardiaque, après chaque nouvelle injection. Mais à mesure que cet effet de la morphine s'use, il survient une faiblesse circulatoire, se relevant par un tracé à plateau, que fait disparaître une nouvelle injection de morphine. Mais comme il s'agit précisément de supprimer cet alcaloïde, Jennings a eu l'heureuse idée de le remplacer par un médicament pouvant avantageusement donner au cœur la tonicité qui lui manque, et il a préconisé le sulfate de sparteïne et la nitro-glycérine, qui peuvent, comme la morphine, exciter le cœur, et augmenter la tension sanguine. Le tracé sphymographique à plateau est remplacé par un tracé normal.

Jennings a, en outre, remarqué que le malade soumis au sevrage de la morphine est en proie à une agitation continue, à un besoin de mouvement incessant. « Les sensations des morphinomanes, dit-il, sont pénibles plutôt par leur durée que par leur intensité, et j'espère qu'en faisant arriver au sensorium une excitation d'intensité plus grande, mais moins pénible de sa nature, j'obtiendrai des périodes de soulagement qui, en rompant la monotonie du malaise, permettront au malade de supporter les intervalles d'agitation. J'eus donc l'idée de faire des excitations dynamiques de différentes espèces, telles que les fumigations, le massage, les frictions sèches, les vibrations mécaniques, sonores et calorifiques. L'usage du hamac comme lieu de repos m'a semblé réunir les conditions du mouvement passif. » C'est dans le même ordre d'idées que l'on a cherché à divertir les malades par toute espèce de distractions, la danse, le chant, la musique, etc.

b) *Méthode adjuvante substitutive.* — Remplacer la morphine par une autre substance médicamenteuse, pouvant procurer au malade l'excitation nécessaire et permettant ainsi de supprimer la première, tel est le but de cette méthode.

L'eau pure ou amère a été injectée au su ou à l'insu du malade. Zambaco cite un cas de guérison par cette substitution. Nous donnerons aussi plus loin une observation que M. le docteur Ménard a bien voulu nous communiquer. Mais il n'est pas toujours facile de tromper le malade, s'il est un morphinomane avéré et de longue date. « Je fermerais les yeux, disait un malade de Zambaco, que sur diverses injections pratiquées, je dirai de suite la nature et le degré de concentration de la solution employée. »

L'opium aussi a été préconisé comme un substitut de la morphine, comme moins toxique et créant une habitude moins tenace.

Quant à l'alcool, il a été jugé par Marandon de Montyel comme très dangereux et pouvant créer la folie alcoolique chronique, si on recherche en lui autre chose que son effet stimulant et tonique, obtenu par des doses petites et inoffensives.

La cocaïne a été préconisée pour substituer la morphine la première fois, par Bentley (1878), qui a eu plusieurs imitateurs. M. le professeur Grasset a obtenu une guérison par cette substitution. Néanmoins on n'a pas tardé à voir que, si la cocaïne pouvait guérir la morphinomanie, elle engendrait souvent la cocaïnomanie, « la passion la plus dangereuse et la plus funeste qu'on ait jamais connu depuis longtemps » d'après Erlenmeyer.

Aussi aujourd'hui cette méthode est proscrite par tout le monde médical. Nous verrons qu'un de nos morphinomanes

est resté pendant un certain temps cocaïnomane, en voulant se guérir de sa passion.

La *Napelline* a donné de bons résultats à M. P. Rodet, apportant un soulagement notable aux malades en abstinence; elle a été injectée au moment où le besoin de la morphine se faisait sentir et apaisait ce besoin et tranquillisait le malade. Elle aurait, en outre, l'avantage d'être inoffensive et de ne créer aucune habitude.

Le *Phosphate de codéïne* a donné les mêmes résultats à M. le Dr Guimbail.

L'atropine, la duboisine, les glycéro-phosphates, les bromures ont été également essayés pour substituer la morphine.

L'*électricité statique* a été aussi utilisée contre les symptômes douloureux de la suppression morphinique.

La *suggestion* a donné quelques bons résultats; M. le professeur Grasset a rapporté une guérison de la morphinomanie, obtenue par ce moyen.

Nous rapportons aussi un cas de guérison obtenue par la substitution de l'eau à la morphine, par M. le docteur Ménard, chez une morphinomane hystérique.

Observation V

(M. LE DOCTEUR MÉNARD)

(Guérison d'un cas de morphinomanie par la méthode substitutive).

Jeune fille de dix-huit ans. Hérité arthritique : mère et tantes obèses, père mort de maladie aiguë, frère mort de rhumatismes. Antécédents personnels : névropathie habituelle. Fut prise de hoquet hystérique intense et tenace, ne cédant à aucun des moyens thérapeutiques habituels et son médecin lui fait une piqûre de morphine de 0,01 centigr. Le

hoquet cesse, mais revient le lendemain matin, et les matins suivants, durant toute la journée, jusqu'au sommeil provoqué par la piqûre de morphine, dont la dose fut progressivement augmentée jusqu'à plusieurs centigrammes. Un membre de la famille fait une maladie aiguë et meurt. La jeune fille, moins surveillée, se pique continuellement et devient morphinomane ; elle contrefait des ordonnances et arrive à dépasser un gramme de morphine par jour. Elle se cachectise, devient très amaigrie, ne mangeant presque plus. Cet état se complète par un grand et profond abcès à la face interne de la cuisse.

Son médecin, obligé de s'absenter, se fait remplacer par un confrère, qui n'hésite pas à supprimer la morphine, mais le hoquet, qui pendant toute cette période de morphinisation avait disparu, reparait encore plus intense et plus pénible, et fatigue tellement la malade qu'on est obligé de recommencer la morphine.

La jeune fille arrive à Lafoux, accompagnée de sa mère, le 17 juillet, cachectique et couverte d'abcès. Elle avait déjà diminué la dose de la morphine à 0,30 centigr. par jour. Après un premier échec de la suppression de la morphine et vu l'état névropathique de la malade, le traitement ordinaire de Lafoux ne fut pas institué. On a cru devoir faire une dé-morphinisation inconsciente et voici comment on a procédé :

17 juillet. La malade était à 0,30 centigr. de morphine par jour.

18 juillet. — On réduit à 0,20 centigrammes en une piqûre le matin et une au moment des deux repas principaux. (La solution de la morphine est faite dans l'eau de laurier-cerise pour pouvoir plus tard supprimer le médicament, sans changement notable du goût de la solution). On diminue tous les jours la dose de morphine de deux ou trois centigrammes, de sorte qu'au huitième jour la malade n'en prenait plus que

0,10 centigr., toujours en trois injections. Le hoquet ne revint plus, et sous l'influence du traitement la malade commença à se mieux porter au point de vue général. Elle dut aller passer huit jours chez elle, mais n'augmenta pas la dose de 0,10 de morphine par jour. Après son retour, on continue la diminution, en supprimant un centigramme par jour, toujours à l'insu de la malade, de sorte que, dix jours après, on faisait bien les trois piqûres par jour, mais seule, celle du matin contenait 0,01 centigr. de morphine. Dans les huit jours suivants on supprima les deux piqûres non morphiniques et on continua celle du matin, mais sans morphine. moitié eau distillée, moitié eau de laurier-cerise. Le hoquet ne reparait pas et la malade continue à bien se porter, bien manger et augmenter de poids.

25 août. — La malade quitte l'établissement, continue chez elle la piqûre d'eau de laurier-cerise et d'eau distillée pendant deux mois, pendant lesquels elle a augmenté de quatorze kilos. On lui avoue que depuis longtemps elle ne s'est injectée la moindre dose de morphine, et que par conséquent elle peut sans aucun inconvénient supprimer sa piqûre du matin. C'est ce qu'elle s'est empressée de faire, le hoquet ne reparait plus et aujourd'hui cette jeune fille est mariée et mère de famille.

Nous avons fini avec les différents procédés, qui ont été employés pour guérir la morphinomanie. En réalité les méthodes dites adjuvantes ne constituent pas des méthodes essentielles. Leur division nous semble manifestement artificielle. Il n'y a que trois techniques de la démorphinisation, la méthode brusque, la méthode rapide et la méthode lente. Et dans chacune de ces méthodes le praticien est nécessairement appelé à tenir compte des indications cliniques, comme dans le cas de n'importe quelle maladie et, chez l'un, telle médication thérapeutique réussira, qui ne réussira pas chez un autre.

D'ailleurs, vouloir ériger en méthode définitive des procédés de démorphinisation, dont le principe serait la substitution systématisée de telle drogue (spartéine, napelline, caféine, etc.) à la morphine serait, semble-t-il, une faute. Car même en supposant que l'on pourrait guérir ainsi l'intoxication chimique, on ne guérirait pas l'intoxication mentale, que nous admettons chez presque tous les morphinomanes. Il y a dans tout cas de morphinomanie une sorte de maladie mentale, une sorte de lésion de cette fonction cérébrale, que l'on appelle « habitude » et, encore une fois, le procédé de substitution guérira peut-être l'intoxication spéciale, puisqu'on ne prendra plus de morphine, mais ne guérira pas de l'« habitude. »

Il y a là chez le morphinomane des phénomènes d'obsession, il y a une image persistante et un état émotif particulier et nécessairement lié, non seulement à la nature chimique du poison, mais encore à la forme de l'intoxication. Il y a rappel de l'obsession par la simple vue de la seringue. Association d'idées et réveil de l'obsession, si le remède appliqué est dans son mode d'emploi du même ordre que celui dont on veut combattre les effets.

Ces considérations montrent bien qu'il y a, *à priori* et en thèse générale, contre-indication à l'emploi des méthodes dites substitutives.

Peut-être il y en a-t-il une autre du même ordre et qu'il est plus facile de constater dans la pratique, qu'il n'est aisé de décrire. La mentalité habituelle du morphinomane est, non seulement celle d'un obsédé, mais encore d'un non résigné, d'un douillet, souvent d'un phobique, toujours de quelqu'un qui est « impatient de toute douleur. » En un mot, si nous ne craignons un néologisme, tout morphinomane est un calman-tomane, un toxicophile. Et le devoir du médecin est de le guérir, non seulement de son intoxication morphinique, mais surtout de sa toxicophilie.

Autant de contre-indications aux méthodes substitutives, autant de raisons aussi en faveur du traitement de Lafoux, qui s'adresse autant à la mentalité spéciale du morphinomane, qu'à son intoxication morphinique, sans y substituer aucune médication capable d'entretenir l'obsession, en la rapportant seulement d'un médicament à un autre. C'est ce traitement que nous décrirons dans le chapitre suivant.

5° TRAITEMENT DE LAFOUX

Le morphinomane qui arrive à Lafoux, n'y est pas d'emblée l'objet de mesures spéciales, on ne fait pas de distinction entre lui et un autre malade, on l'interroge, on l'examine, on l'observe, on l'encourage le plus possible. On ne se préoccupe que d'une chose, lui faire bien comprendre la nécessité du traitement, lui inspirer la confiance la plus grande dans ce traitement, qu'on lui présente d'ailleurs comme bien simple et peu pénible, si le malade est obéissant. On engage le morphinomane à essayer lui-même la diminution des doses, en tenant le médecin au courant. En même temps, on institue un traitement hydrothérapique. Ce traitement est toujours au début un traitement à l'eau tiède, anodin, agréable et dirigé de telle façon qu'il plaise au malade. Le but à atteindre est le suivant : Faire accepter au malade la douche en pomme d'arrosoir, tiède d'abord, progressivement chauffée jusqu'à devenir insupportable, et immédiatement suivie d'une immersion rapide (entrer et sortir) dans la piscine froide, le tout terminé par une friction vigoureuse.

Nous disons tout de suite que le choix de cette application hydrothérapique est des plus heureux. Voici, en effet, d'après

le Dr Bottey, les effets de la douche très chaude ; « élévation de la chaleur propre de l'individu, excitation des nerfs de la sensibilité et de la motilité, augmentation des battements du cœur et accélération du pouls. Comme phénomènes locaux : congestion de la peau, dilatation de ses vaisseaux, exagération de la sueur, indiquée chaque fois que l'on voudra dériver sur le tégument cutané et provoquer l'élimination par les glandes sudoripares d'un principe irritatif localisé dans les organes profonds ». Voici, d'autre part, d'après le même auteur, ceux de la piscine froide : « effets toni-sédatifs très puissants ; indiqués, après une application très chaude, lorsqu'il s'agit de provoquer à la fois une violente excitation de la peau et une hypothermie très marquée. »

Il nous semble qu'il y a là toutes les indications à remplir chez le malade en démorphinisation et tous ceux que nous avons observés, ont éprouvé un avantage, un bien-être, qu'ils ne pouvaient comparer qu'à ceux que produirait une dose de morphine. L'organisme, stimulé par cette excitation générale, sous l'influence de cette application de l'hydrothérapie, n'utiliserait-il pas une partie de cette substance emmagasinée dans les organes des morphinomanes ?

Toutes les précautions dont nous avons parlé plus haut sont prises dans le but de faire accepter au malade ce traitement qui d'ordinaire l'effraye un peu. Cette opération dure au plus trois minutes, et quand elle a été essayée, elle n'est jamais plus refusée ; c'est généralement le troisième jour de son séjour que le malade, sollicité et suggestionné constamment, accepte définitivement ce traitement et le recommence avec plaisir. Au point de vue de la démorphinisation, de deux choses l'une : ou bien, sous l'influence de l'isolement, du changement de milieu, du changement de régime, de l'apaisement déjà produit par le traitement hydrothérapique, de l'influence morale grandissante du médecin, et des suggestions de l'en-

tourage, le malade a notablement et de lui-même diminué sa dose, ou bien malgré tout, il n'arrive pas, il ne peut pas prendre sur lui de diminuer, ou bien encore, il diminue, puis augmente pour rediminuer ensuite. Nous devons dire qu'en général ce traitement hydrothérapique est presque toujours efficace, et qu'il est exceptionnel que le malade ne diminue pas de lui-même et notablement ses doses. Quoiqu'il en soit, cette période préparatoire à la démorphinisation définitive ne se prolongera jamais au delà d'une semaine. Elle est d'ordinaire de cinq à six jours. A ce moment-là, le cinquième ou sixième jour de l'arrivée à Lafoux, s'il s'agit d'un malade qui, malgré tout, n'a pas pu diminuer, il est aisé de lui faire comprendre qu'il lui sera impossible de se démorphiniser lui-même. S'il s'agit d'un malade qui a déjà considérablement abaissé ses doses, il est également aisé de lui faire comprendre que, s'il veut obéir et se laisser faire, rien ne lui sera si facile que la suppression des dernières doses par le médecin; ce dernier malade, en effet, se rend compte que la suppression des dernières doses lui est pénible. A ce point commence la démorphinisation proprement dite, qui se trouvera être dans un cas, de la démorphinisation brusque, et dans l'autre, de la démorphinisation très rapide.

Un matin, pendant que le malade est à la douche, on ferme à clef la chambre d'où il sort, on vérifie les vêtements qu'il mettra après la douche, on s'assure qu'il n'a par conséquent aucun moyen de se morphiniser, on lui donne un gardien qui le conduit dans une nouvelle chambre; à partir de ce moment le malade est prévenu qu'il s'agit d'une véritable opération qu'il ne faudra pas interrompre, et qu'il n'aura plus de morphine. Le malade accepte généralement très bien cette situation et passe d'ordinaire une bonne journée. Il prend dans l'après-midi la douche et piscine ci-dessus décrites. Ce n'est que vers le soir qu'il est agité, cette première nuit et

surtout la deuxième seront mauvaises, mais, si le malade accepte de faire systématiquement toutes les deux heures le traitement, il ne souffrira pas beaucoup ; il éprouvera à chaque opération un si grand soulagement qu'il le demandera lui-même. Le lendemain on continue ce traitement et, généralement, il suffit de le répéter toutes les trois heures, le troisième jour toutes les quatre heures ; puis deux ou trois opérations par vingt-quatre heures suffiront. A ce prix, le malade évite presque complètement les angoisses de la démorphinisation, et les phénomènes d'abstinence eux-mêmes, tels que diarrhée, éternuments, vomissements, sont très atténués. Les sensations d'amyosthé nie, de fourmillements dans les jambes, d'agitation, sont bien atténuées et instantanément soulagées par l'opération. La première nuit l'insomnie est à peu près complète, quelquefois cette nuit n'est pas mauvaise, et seule la seconde l'est. Mais à condition de se soumettre au traitement, l'insomnie reste calme, le malade, s'il ne dort pas, du moins repose. Généralement, dès la troisième nuit, on a quelques heures de sommeil ; la période aiguë et pénible est réduite à une douzaine d'heures et se trouve rendue très supportable, si le malade a régulièrement recours à sa douche chaude suivie de sa piscine froide.

Les journées seront bonnes et le malade aura tellement pris l'habitude de cette pratique thérapeutique et il y trouvera un tel soulagement que, spontanément, les nuits qui suivront, il descendra avec son gardien à la salle des douches faire le traitement indiqué, auquel on pourra, au bout de la semaine, substituer l'immersion froide seule pour l'insomnie.

Généralement si l'insomnie persiste au-delà du huitième jour, elle se réduit à un ou deux réveils, et nous n'avons pas vu d'exemple d'insomnie totale vraie durant plus de deux ou trois nuits. On pourrait décrire au traitement de Lafoux trois périodes.

La première période prémonitoire, sorte de cure psychothérapique, appel à la bonne volonté du malade, accoutumance aux pratiques hydrothérapiques ; cette période ne durera guère plus d'une semaine.

Deuxième période, ou de démorphinisation aiguë, isolement complet du malade, sous une surveillance de tous les instants, suppression brusque et totale de la morphine et de tout autre calmant. A partir du moment où le besoin de morphine est impérieux, douche à pomme d'arrosoir, tiède d'abord, 30°, 31°, progressivement chauffée jusqu'à ce que le malade déclare ne pas pouvoir supporter davantage, d'une durée de deux ou trois secondes, suivie d'une immersion froide dans la piscine dont la température varie de 18° à 10° et d'une friction énergique : après cela séjour au lit ou promenade *ad libitum*. Cette opération est répétée toutes les deux heures pendant la journée qui suit, puis toutes les quatre heures. Durée de cette période au maximum, trois jours, pendant lesquels nous répétons qu'une douzaine d'heures seulement seront pénibles.

Troisième période. Période de convalescence. Au bout de trois ou quatre jours, c'est-à-dire, huitième jour en moyenne après la suppression définitive de la morphine, le malade est guéri, il n'a plus d'appétit morphinique. Néanmoins, d'accord avec tous les auteurs sur ce point, nous déclarons qu'il est nécessaire que le malade continue son séjour dans l'établissement, où, pendant toute la durée de la convalescence, il continuera ses pratiques hydrothérapiques, sous forme de douches tièdes ou froides en jet brisé, de piscine froide dans la nuit, si cela est nécessaire pour combattre l'insomnie.

On voit que le traitement de Lafoux ne comporte l'emploi d'aucune médication calmante ou hypnotique en dehors de l'hydrothérapie. Pendant la période aiguë de ce traitement, on alimente le malade par des substances légères, facilement

digestibles et absorbables, nourrissantes sous un petit volume. On le tonifie par des quantités raisonnables d'alcool, de vin généreux, de champagne frappé, de café, etc. Si le malade au cours de ce traitement, présente de l'albuminurie, le régime lacté absolu est immédiatement institué ; le cœur est constamment surveillé, mais jamais cet organe n'a nécessité une médication spéciale. Nous pouvons résumer les avantages du traitement de Lafoux en disant qu'il offre : une moindre appréhension de la part du malade, moindres souffrances, plus grande rapidité. Il laisse une grande part d'action au traitement moral et psychothérapique. Il présente une systématisation définitive de la thérapeutique démorphinisatrice, sans laisser au praticien le choix de telle ou telle manœuvre, de tel ou tel médicament. Avec le traitement de Lafoux, nous donnons un traitement définitif, précis et vigoureux.

Nous donnons plus bas les observations des malades dont nous avons suivi la démorphinisation par ce traitement.

Observation VI

(PERSONNELLE)

(Morphinomane guérie par le traitement de LAFoux)

M. X., docteur en médecine et ayant occupé la première place parmi les chirurgiens d'une grande capitale ; ses antécédents ne présentent rien d'important à noter. Sa vie a été pleine d'activité.

Agé actuellement de cinquante-deux ans et célibataire, a eu, il y a une dizaine d'années, plusieurs peines morales et beaucoup d'ennuis intimes. Toute son affection s'était portée et limitée à sa sœur ; or son malheur a voulu qu'il la perde. Cette mort fut pour lui le coup final : il se vit

seul au monde, seul avec une douleur sans borne, contre laquelle il ne trouva aucun soulagement.

C'est dans une de ces nuits longues d'insomnie qu'il eut l'idée dangereuse de se faire une piqûre de morphine de 0,01 centigramme pour dormir. « Ce centigramme, dit-il, m'a tenu pendant quarante-huit heures dans un état d'oubli de ce qui venait de m'arriver ; j'ai fait bon accueil aux amis qui venaient me voir ; je leur souriais même, mais il m'était impossible de leur répondre. » Le surlendemain, nouvelle piqûre suivie du même sentiment de bien-être. La pente était prise et deux semaines après il lui était impossible de se passer de sa piqûre.

Cependant, connaissant les effets funestes de l'excès de la morphine, il a pu se maintenir à une seule piqûre de 0,01 centigramme pendant deux années ; il réussit même à la supprimer sans beaucoup de souffrance, mais des déceptions professionnelles et des ennuis le poussèrent à recommencer, pour dormir et oublier ses nombreux ennuis et ses tracasseries de famille.

Mais bientôt la dose employée devenant insuffisante, il fallut l'augmenter, il fallut aussi augmenter le nombre de piqûres, de telle façon que, vers la fin de la quatrième année, notre malheureux docteur s'injectait 0,30 à 0,35 centigrammes de morphine par 24 heures.

« J'avais, avoue-t-il, perdu la tête, je m'ennuyais et je me mis à voyager dans des pays étrangers. Je me piquais plusieurs fois par jour sans discernement, mais la morphine ne me procurait plus aucune jouissance et j'éprouvais du dégoût toutes les fois que je me piquais, mais le besoin était créé » Et il continua à s'empoisonner durant plusieurs années encore. La morphine lui était devenue un stimulant indispensable sans lui procurer aucune des satisfactions antérieures. Le sommeil même lui était refusé et pour l'obtenir il eut recours au chloral, d'abord à petite dose (2 grammes) et bientôt

à la dose de 4 et 5 grammes. Son estomac ne tarda pas à s'en ressentir et il dut y remédier en prenant ce médicament par voie rectale. Bientôt il arriva à la dose de 12 grammes par jour avant de se coucher et, malgré cette énorme quantité, il n'arrivait à dormir qu'une bien petite partie de la nuit, 2, 3 heures au plus. Son organisme en éprouva le contre-coup : l'appetit était devenu presque nul, un amaigrissement notable et l'abaissement de ses facultés intellectuelles ne manquèrent pas de l'inquiéter, et, au cours de ses voyages, il s'arrêta dans un établissement médical d'une des belles îles de l'archipel grec, pour se soumettre à un traitement. On lui appliqua la démorphinisation par la méthode lente, on diminua notablement la dose de la morphine injectée, mais, dès qu'on supprima les derniers centigrammes, il fallut y renoncer.

Et notre docteur a repris de plus belle ses voyages interrompus et sa seringue, qui n'a pas eu le temps de se rouiller.

Tout cela nous mène dix ans après la première piqûre.

Quel changement en cet homme intelligent et plein d'activité ; ce n'était plus que l'ombre de lui-même, l'ombre souffrante et dégoutée de l'existence, à tel point que, plus d'une fois, il dut noyer des idées de suicide dans une copieuse dose de morphine. Combien s'en injectait-il ?

Il n'en savait rien lui-même.

Il en prenait dès qu'il en sentait le besoin ; ce besoin revenait quatre, cinq fois par jour, et presque autant dans la nuit. Il faisait chauffer une cuillerée d'eau, puisait son poison dans un flacon, et le dissolvait là-dedans pour s'en faire deux, trois piqûres à la fois. Son état général ne faisait qu'empirer, autant au point de vue physique, qu'au point de vue moral. Il n'obtenait aucun repos, aucune satisfaction. Aussitôt rendu quelque part, il s'y ennuyait de suite et un besoin impérieux de repartir se faisait sentir. Et pendant plus d'un an il a pro-

mené son corps souffrant, et son imagination assoiffée d'un peu de calme, en Allemagne, en Autriche et en Grèce.

Les trains express n'allaient pas assez vite, et les paquebots les plus rapides lui paraissaient « incapables de dépasser une tortue »; il continuait ainsi à user sa fortune péniblement gagnée, et aussi sa santé; car inutile de dire qu'il se piquait toujours et en tout lieu, dans les hôtels comme à bord ou en compartiment de chemin de fer. Tout endroit était bon pour cette besogne.

C'est au commencement de l'année que notre docteur arriva à Montpellier, et c'est à cette époque que nous l'avons connu. Agé de 52 ans, il paraissait en avoir 70. Maigre, la face pâle, terreuse et les paupières bouffies, il nous parût malade, mais nous n'avions nullement soupçonné le mal dont il était victime. Il s'est d'ailleurs bien gardé de l'avouer et ce n'est que plusieurs jours après, qu'il nous fit des confidences, lorsque, vivant d'une façon plus intime avec nous, il s'est vu obligé d'expliquer ses départs précipités et ses absences injustifiées, ainsi que la variabilité de son humeur. Il était arrivé à un état de cachexie tel que la vie lui était une torture incessante. L'épuisement était extrême, l'appétit nul. Pas plutôt sorti, il ressentait une grande fatigue, son visage pâlissait et se couvrait de sueur. Il fallait le ramener chez lui pour qu'il retrouvât la vie par la morphine. En effet, cinq à dix minutes après son injection, sa figure s'égayait et il entamait volontiers la conversation pour nous faire assister aux conférences ou aux opérations faites par ses maîtres de Paris, ou pour nous raconter une série interminable d'anecdotes de la guerre de 1870, de la Commune ou de la guerre russo-turque.

Nous nous gardions bien de l'interrompre, et admirions son éloquence et la richesse de ses expressions. Hélas ! cette activité cérébrale avait ses bornes ; sa voix baissait, se taisait par intervalles ; on voyait bien qu'il lui fallait faire un

effort pour trouver ses phrases. Son regard perdait sa périgante vivacité et, comme un souci se dessinait sur son front. Ce fut alors la série de ses malheurs intimes, de ses déboires professionnels qu'il nous exposait bien péniblement et avec une profonde tristesse. Les intervalles de silence devenaient de plus en plus longs et bientôt sa parole devenait pénible, incohérente, il s'affaissait et s'éteignait. Si en ce moment on lui parlait, il ne répondait pas et, si on insistait pour qu'il se réveille, on n'obtenait de lui que des mots de mécontentement et de tristesse, des appels à la grande consolatrice, la mort.

Cet état ne pouvait ni ne devait durer. Sollicité par tous ses amis, il accepta d'aller à Lafoux pour se soumettre à un traitement. Il y arriva le 29 janvier 1899 : c'est sur ce malade que nous avons pour la première fois suivi le traitement de M. le docteur Ménard. Le malade, selon l'habitude, fut laissé libre et sollicité de régler un peu ses injections et d'en modérer les doses. En même temps on encouragea le malade et on lui inspira la confiance nécessaire au traitement. Dès le premier jour, il s'est soumis à l'hydrothérapie, la douche chaude et la piscine froide, comme cela a été décrit.

1^{er} février : Isolement complet dans une chambre à part, et suppression complète de la morphine et du chloral. Le besoin n'a pas tardé à s'en faire sentir et le malade réclame de la morphine. Il prit une douche suivie de piscine froide, et à la surexcitation antérieure suivit un calme, dont le malade profita pour se coucher. Vers 11 heures 1/4, il recommença à demander de la morphine et, se surexcita de nouveau. Nouvelle douche, suivie des mêmes effets. Lait alcoolisé et jus de viande, et se coucha de nouveau. Il s'est reposé jusqu'à 5 heures sans trop se plaindre, et sans rien présenter d'anormal. Mais, après ce moment il fut pris d'une nouvelle sensation de besoin morphinique, et son excitation devenait

de plus en plus grande jusqu'à 8 heures du soir, lorsqu'il prit une nouvelle douche, dont l'effet bienfaisant fut encore plus sensible que les fois précédentes et le malade passa la plus grande partie de la nuit assez bien.

2 février : Douche et piscine à 7 heures, à 11 heures du matin, et à 2 heures de l'après-midi. La journée s'écoule d'une façon assez satisfaisante. Eternuments et diarrhée. Vers le soir, une poussée d'excitation causée par le désir morphinique ; le calme revient un peu après une nouvelle douche suivie de piscine.

3 février : La nuit a été agitée ; le malade a souffert beaucoup de l'anxiété spéciale au sevrage de la morphine, et dut aller à la salle d'hydrothérapie pour se calmer. A 8 heures du matin douche et piscine, ensuite le malade se couche. Pendant plusieurs heures, il reste dans le calme le plus absolu, refusant de se lever et de prendre quoi que ce soit. L'affaiblissement est extrême. Vomissements fréquents, diarrhée presque toutes les heures, et cela augmente son extrême faiblesse. Le pouls faible battait à 98°. Respiration et température normales. A 2 heures il prit une bonne tasse de café noir bien fort et dans l'après-midi il vida une bouteille de champagne frappé. Aucun autre aliment. A 7 heures douche et piscine, suivies d'un repos de plus de deux heures.

4 février : La nuit précédente se passa dans un état d'anxiété extrême, le malade ne faisait que se lever pour se recoucher, après avoir fait le tour de la chambre, ses jambes ne le portaient pas. L'excitation touche au délire ; hallucinations, le malade réclame la morphine, disant qu'il ne pourra pas résister. Il cherche à ouvrir la croisée en criant : « Je veux me jeter en bas, je ne veux pas guérir. » Puis il ouvre la porte et sort pour aller se jeter dans la piscine ; heureuse inspiration : le reste de la nuit s'est passé dans un état bien meilleur. Dans la journée le malade continue à se plaindre de

sa faiblesse et de sensations plutôt désagréables que douloureuses aux jambes. Il a constamment froid et, malgré tous les moyens employés, on n'arrive pas à le réchauffer. Douche et piscine deux fois dans la journée.

5. — La nuit agitée, mais moins que la précédente, le matin il a pris sa douche et a fait un tour dans le jardin, puis s'est reposé sur la chaise longue. A midi il a pris un bol de bouillon et deux œufs à la coque avec un bon verre de vin vieux. Dans l'après-midi douche et piscine et deux bols de lait, champagne. Pouls bon à 72. Vers six heures, il se plaint d'une extrême faiblesse, se sent s'en aller, son pouls est faible et intermittent : nous étions prêts à lui faire une piqûre d'éther et de morphine, mais cet état cessa bientôt. A huit heures douche et piscine, un bol de lait. A midi deux œufs. Rien autre de toute la journée, faiblesse extrême, pouls 68, intermittent, amélioration après une douche et une piscine froide.

6. — La nuit entière se passe dans cet état de prostration, par moment le malade se lève en sursaut, il a des hallucinations. Le matin, il demande qu'on le porte à la douche, ainsi qu'à cinq heures et à dix heures du soir. Il s'est un peu alimenté ; bouillon, œufs à la coque, lait, champagne, rhum. L'état général paraît s'améliorer.

7. — La nuit a été assez calme, à sept heures et à dix heures du matin, douche et piscine ainsi qu'à quatre heures de l'après-midi ; s'est suffisamment alimenté, pouls faible, mais régulier à 72.

8. — La nuit sans sommeil, mais calme ; à huit heures du matin, douche et piscine. Dans la journée le malade s'est plaint de douleurs gastriques qui se calmèrent par le massage. Sauf cela, l'état général est bon.

9. — Nuit bonne. Le matin douche et piscine. La journée s'écoule d'une façon bien satisfaisante, le malade s'est alimenté, s'est un peu promené, et ne s'est plaint que de

fatigue aux jambes et de douleurs à l'estomac. Massage et amélioration.

10. — Le malade entre manifestement dans la période de convalescence et commence à prendre ses repas à la table commune. Il est encore faible, mais les forces reviennent peu à peu. Il continue ses douches, tièdes maintenant avec immersions dans la piscine froide. Les nuits sont meilleures, le malade commence à bien dormir.

13. — Le mieux continue. Dort assez bien, mange bien et engraisse. Aucune envie de morphine. Les forces reviennent, le malade peut faire de longues promenades à pied, et a pris tout à fait le régime ordinaire.

18. — État aussi satisfaisant que possible, pas la moindre envie de morphine. Le malade mange, se promène et dort bien.

Le 22, il quitte Lafoux et revient à Montpellier, mais le lendemain une diarrhée fréquente, avec envie de revenir à la morphine, l'oblige à prendre le train et à revenir à Lafoux, où il passe encore une dizaine de jours. Après cela il revient de nouveau à Montpellier où il passe plus d'un mois et demi dans le meilleur état possible et sans aucune tentation de morphine. Il a engraisé d'une façon bien évidente. Il a entrepris un voyage en Algérie, Tunisie et Egypte, et les lettres qu'il nous écrit ne font point soupçonner un retour à la morphine. Nous avons en outre obtenu des renseignements précis par d'autres personnes, qui nous assurent que notre malade peut être considéré comme définitivement guéri de sa morphinomanie.

Observation VII

(PERSONNELLE)

(Morphino-cocaïnomanie, guérie par le traitement de LAFoux)

Le malade qui fait le sujet de cette observation arrivait à

Lafoux-les-Bains pour la deuxième fois. Il s'y était démorphinisé une première fois en 1898. Ses débuts morphiniques remontaient à 1891, et nous ne pouvons mieux faire que de laisser la première partie de son observation, telle qu'elle nous a été exposée par lui-même.

« Morphinisme thérapeutique à la suite d'hépatite aiguë et abcès du foie (début, septembre 1891, guérison des abcès du foie, février 1892) ; morphinomanie consécutive durant un an (février 1892-janvier 1893), dose maximum de chlorhydrate de morphine 0,10. Suppression lente en janvier 1893, sans l'aide de personne, guérison complète au début de février 1893.

En mars 1894, le milieu y prêtant, habitude de fumer l'opium (30 à 40 pipes par jour, au bout de peu de mois) ; en 1896 l'opium n'est plus fumé, mais mangé (dose habituelle journalière, 20 à 30 pilules d'extrait d'opium à 0,05 centigrammes environ.)

Donc intoxication par l'opium de mars 1894 à février 1898 ; entre temps, tentative personnelle de suppression de l'habitude opiumique (en juillet 1897) ayant ramené la dose journalière à la quantité réduite de 4 pilules à 0,05 centigramme.

Rechute à 20 pilules à partir d'août 1897. — En février 1898 la privation momentanée de pilules ramène l'usage de la seringue Pravaz.— D'emblée 0,15 centigrammes de chlorhydrate de morphine, puis rapidement 0,20, à 0,30 centigrammes. Tentative d'association du chlorhydrate de cocaïne à la dose maximum graduellement atteinte de 0,20 centigrammes pour aider à la diminution de la morphine, mais inutilement (de avril 1898 à juillet 1898 inclusivement.) Malgré l'absorption quotidienne de 0,10 à 0,20 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne, le besoin cocaïnique n'existe que très peu, le besoin morphinique, au contraire, est intense au moment de l'arrivée à Lafoux. Le 25 juillet 1898, chlorhydrate d' mor-

phine en injection. 0,30 centigrammes chlorhydrate de cocaïne 0,10 centigrammes 26 juillet 1898, Tentative de suppression lente sans surveillance à partir de cette date jusqu'au 7 août, par l'usage de pilules d'extrait d'opium à 0,05 centigrammes à quantités décroissantes, 20 pilules, puis 18, 15, etc. Suppression immédiate et totale de toute cocaïne.

A trois reprises différentes, 30 juillet, 3 août, 5 août, fuite impulsive à Tarascon pour se procurer de la morphine et de la cocaïne (celle-ci à doses faibles 0,05 centigrammes par jour environ), injection de morphine représentant 0,20 centigrammes par jour. Le 6 août, avoué des fuites, le 7 août, dose de consolation de 10 pilules d'opium accordée par le médecin traitant.

A partir du 7 août, suppression totale de tout opium ou morphine, surveillance stricte par un gardien ne quittant pas le malade. Le 8 août, l'abstinence morphinique ne se fait pas encore sentir de façon trop pénible. Les 9, 10 et 11 août, agitation extrême. Besoin morphinique très intense. Apaisement très sensible par l'usage, huit à six fois répété dans les vingt-quatre heures, d'une douche chaude de une minute, suivie d'immersion dans la piscine froide à 15° centigrade prolongée jusqu'à trois ou quatre minutes. Appétit nul. Alimentation par des préparations au jus de viande, mêlées à des œufs, des préparations au quinquina, additionnées de vins généreux.

Les 12, 13, 14, 15 août, agitation très diminuée. Toutefois excitation cérébrale très notable. Le matin sensation de lassitude extrême, de brisement dans les mollets. Excitation médullaire nocturne, causant du priapisme pendant une dizaine de jours. Tous les symptômes pénibles continuant à être très efficacement combattus par la répétition des douches chaudes suivies de la piscine froide. Diarrhée assez abondante du 10 au 15 août. Éternuments continuels. Cœur

bon, d'après le médecin traitant, pouls se maintenant à 60. *Il n'y a eu à aucun moment la moindre menace de collapsus.* Expectoration bronchique abondante, à partir du 12 août, le besoin morphinique disparaît graduellement. Vers le 20 août, il a disparu presque totalement, continuation des douches et de la piscine trois ou quatre fois par vingt-quatre heures seulement. L'appétit est revenu à partir du 15, petit d'abord, puis augmentant jusqu'à devenir énorme. Les forces reviennent d'une manière surprenante.

Du 15 au 23 augmentation de poids de 3 kilos (60 kilos le 15, 63 kilos le 23 août). Les selles qui, durant l'intoxication morphinique, ne se produisaient que tous les trois jours en moyenne, deviennent quotidiennes à partir du 15, diarrhétiques et abondantes au début, puis vers le 20 août presque molles.

Elles ont persisté dans cet état jusqu'à présent 5 septembre, se renouvelant fréquemment deux ou trois fois par jour. Les sécrétions des muqueuses des voies aériennes continuent à être augmentées, mais sans écoulement gênant. — Digestions lentes et pénibles, peut-être par suite de repas trop abondants. — Renvois acides dans les intervalles des repas. — Ces symptômes sont calmés très bien par des cachets de bicarbonate de soude (huit à dix grammes par jour).

A partir du 25 août, la guérison semble parfaite ; séjour à l'établissement jusqu'au 30 août. — Continuation de l'hydrothérapie, douches glacées de trente secondes, deux fois par jour, remplaçant les douches chaudes et la piscine. — Exercice à bicyclette de trente à quarante kilomètres par jour. — Il n'existe plus la moindre tentation de retourner à l'usage de la morphine. »

On voit, par cet exposé, l'efficacité du traitement de Lafoux qui amena une guérison sûre, sans le moindre collapsus, selon l'expression du malade. Malheureusement pour lui, ses

occupations ne lui permirent pas d'abandonner le milieu et les habitudes qui le poussèrent successivement à l'opiophagie et à la morphinomanie, et il y eut à cette dernière, une troisième récursive. Après avoir vainement essayé de supprimer lui-même la morphine, il sollicita de nouveau les soins de M. le docteur Ménard et arriva à Lafoux le 8 mars, date à laquelle nous reprenons son observation.

Homme de lettres, âgé de vingt-sept ans, d'une constitution vigoureuse, célibataire.

Dose quotidienne de morphine 0,15 à 0,20 centigrammes.

9 mars. — Isolement du malade et suppression de la morphine, surveillance constante nuit et jour.

Institution du traitement habituel.

10. — Douche et piscine le matin : a bien déjeuné. Dans l'après-midi début manifeste des symptômes du sevrage. Éternuements, expectoration, diarrhée. Deux autres douches dans la journée. État général bon.

11. — La nuit le malade a été agité, a eu très froid, s'est beaucoup plaint d'agacements aux jambes. A pris une douche à une heure du matin qui l'a beaucoup calmé ; n'a cependant pas dormi, journée assez bonne. État général bon.

12. — Première moitié de la nuit très agitée, agacements aux jambes fort pénibles, insomnie, sensation de vide dans la tête ; amélioration par une douche suivie de piscine. A un peu dormi et reste bien toute la matinée, pendant laquelle il a pris deux douches. Diarrhée légère, son déjeuner a été suivi d'une sensation d'angoisse et de fatigue qui l'oblige à se coucher. Pouls 52 par minute, T. 30. (Le malade nous dit qu'il a toujours eu le pouls rare). Après une douche, T. 36 P. 44 mais fort. Sensation de bien-être. Une demi-heure après P. 48, puis 55,60. Le malade a voulu se lever et faire un tour de promenade. Il continue à bien s'alimenter et se tonifier par l'alcool. Le soir, pouls à 80 et fort ; pas de température.

13. — La nuit a été sans sommeil mais pas très mauvaise, le malade s'est levé quatre fois pour aller à la selle ; a pris trois douches suivies de piscine, matinée bonne, douche et piscine avant déjeuner. A bien mangé et dormi une heure, après quoi il se sentait très bien et a fait une petite promenade à bicyclette, il eut l'impulsion de fuir jusqu'à Uzès pour aller chercher de la morphine, impulsion qui n'a pas résisté à un appel à la raison ; son gardien était d'ailleurs là pour l'en empêcher. Le reste de la journée s'est bien passé.

14. — La nuit a été bien mauvaise, pleine d'angoisse et sans sommeil, douleurs et sensations de vide dans la tête. Surexcitation intense. Paroles incohérentes, idées troubles ; s'est calmé par la douche chaude et piscine froide à une heure, renouvelée à trois heures et demie du matin. La journée a été très bonne, a pris deux douches toujours suivies de piscine, et s'est bien alimenté. Diarrhée légère.

15. — La nuit moins mauvaise. Le malade a dormi deux heures. Douche à onze heures et à sept heures du matin. Il a bien déjeuné, s'est promené, et la journée se passe bien avec deux douches.

16. — La nuit a été bonne. Le malade a dormi et ne s'est pas levé. Le matin il s'est levé bien dispos, a pris la douche, a déjeuné et a fait une promenade à bicyclette.

Journée bonne.

17. — Nuit calme, le malade a bien dormi, journée bonne. Le malade a pris ses deux repas, a fait une bonne promenade à bicyclette et a pris deux douches froides (sans piscine). Il ne ressent qu'un léger affaiblissement et le besoin de se mouvoir. Il fait en compagnie de son gardien une longue promenade en voiture dans l'après-midi.

18. — Le mieux continue, un petit voyage en chemin de fer, toujours accompagné de son gardien, quoiqu'il ne sente plus aucun besoin morphinique. Il peut être considéré

comme démorphinisé. Il reste encore dans l'établissement deux semaines, pendant lesquelles il continue un bon régime et une bonne hygiène. Il quitte Lafoux complètement guéri et comme il a renoncé à ses occupations antérieures, il vivra dans un milieu nouveau, dans sa famille, et on est en droit d'espérer que cette guérison sera définitive.

Observation VIII

(PERSONNELLE)

(Morphinomanie guérie par le traitement de Lafoux)

Madame X..., 34 ans. Pas d'antécédents héréditaires. En 1885 crises d'asthme, mises sur le compte d'une névrose, et qu'aucune médication ne réussit à calmer. Le médecin lui fit des piqûres de morphine de 0,01 centigramme pendant un mois. L'asthme guérit et ne reparût qu'en 1893. De nouveau son médecin, après avoir essayé tous les autres moyens, eut recours à la morphine, qui amena de nouveau la guérison de l'asthme. Six mois après, à la suite d'un accouchement prématuré, nouvelles crises et nouvelles morphinisations pendant quatre mois, mais toujours une seule piqûre le soir de 0,01 centigramme. Nouvelle reprise en novembre 1894 jusqu'au mois de janvier 1895. Au mois de juillet de cette année, sous l'influence d'une grossesse, nouvelles crises d'asthme et reprise de la morphine pendant un mois. Accouchement normal et santé bonne jusqu'au mois de novembre 1896, lorsque la malade s'aperçût qu'en dehors de ses crises, elle ressentait un véritable besoin morphinique.

Ajoutons que depuis longtemps déjà elle se procurait la morphine chez un pharmacien sans aucune ordonnance de son médecin, qui lui conseilla de cesser de se morphiniser. Mais l'habitude était prise, son pharmacien continua à lui fournir

sa solution, dans laquelle il augmenta la quantité de la morphine, de façon que la malade put continuer à s'injecter la dose de 0,15 centigrammes par 24 heures, et sans être malade. La morphinomanie était constituée. La malade maigrissait et essaya de diminuer ses injections, elle arriva à prendre seulement 0,10 centigrammes de morphine par jour, dose à laquelle elle resta jusqu'au mois de novembre 1898. A partir de cette époque, elle augmente de nouveau : la dose dépasse 0,20 centigrammes, mais sans qu'elle en éprouve aucun effet. Les doses même massives, que la malade ne peut apprécier, restent sans effet, sans aucune sensation d'euphorie. La malade se cachectise, ses piqûres lui causent des douleurs intenses et plusieurs abcès. Elle diminue alors les injections et absorbe de grandes quantités de morphine et de codéine par la bouche. A l'époque à laquelle elle est arrivée à Lafoux, 30 mai 1899, elle prenait 0,10 centigrammes de morphine en injection et autant par la bouche.

Le premier juin on lui supprima les injections et on lui donna seulement 0,05 centigrammes de morphine par la bouche, traitement hydro-thérapeutique par douche chaude et piscine froide.

2 et 3 Juin. — Même chose.

4. — Suppression de toute administration de morphine. Deux douches dans la journée.

5. — La nuit n'a pas été mauvaise. La journée est bonne jusqu'à six heures du soir. A partir de ce moment, grande agitation; douches toutes les deux heures jusqu'à minuit. La malade, se trouvant mieux, on ne continue pas. La journée s'est bien passée.

6. — La nuit est encore plus mauvaise que la précédente, insomnie, agitation. Diarrhée fréquente dès le premier jour de la suppression. Vomissements. Douches toutes les 3 heures. La journée bonne.

7. — Nuit moins mauvaise, sans sommeil, mais calme.

Journée bonne. A partir de ce moment la malade entre dans la période de convalescence, tout en continuant son traitement hydrothérapique. Les jours suivants le mieux continue et le 10 juillet, jour où la malade quitte Lafoux, elle peut être considérée comme complètement guérie de sa morphinomanie. Le hoquet n'est plus reparu.

PROPHYLAXIE DE LA MORPHINOMANIE

« Mieux vaut prévenir que guérir » a-t-on dit avec raison. En ce qui concerne la morphinomanie, elle peut être efficacement prévenue par plusieurs moyens. S'il est certain que la morphine présente dans son application thérapeutique des avantages tels, que l'on ne pourra pas s'en priver, il n'est pas moins vrai que les médecins peuvent et doivent limiter son usage aux seuls cas où les autres médications analogues paraissent insuffisantes. Ils doivent aussi faire les injections de ce médicament eux-mêmes, sans laisser jamais à leurs malades la possibilité de les continuer, par une ordonnance « à renouveler », ou par toute autre facilité ; les supprimer et combattre la constitution de la morphinomanie dès les moindres phénomènes indiquant un besoin morphinique.

L'autorité pourra efficacement atténuer cette passion en rappelant aux pharmaciens, toutes les fois qu'ils paraissent l'oublier, l'article de loi, qui leur défend « de livrer aucune préparation médicinale ou drogue composée quelconque, autrement que sur la prescription et sur la signature d'un médecin » ; en interdisant aux droguistes la vente de toute sub

stance toxique ; et aussi en recherchant et supprimant toutes ces sortes de « Morgues » ou de « Cabarets de Spectres », et en surveillant d'une façon plus rigoureuse de ce côté les filles publiques et femmes galantes.

« Enfin, dit le D^r Rodet, l'initiative privée devrait exercer son action pour la morphinomanie, comme elle le fait pour l'alcoolisme, et utiliser la Ligue contre ce dernier, en y créant des sections appliquées à la lutte contre les autres poisons : éther, chloral, cocaïne, haschich, morphine. »

CONCLUSIONS

Nous résumons le traitement curatif de la morphinomanie comme il suit :

I. — Isolement du malade dans une maison de santé hydrothérapeutique ;

II. — Suppression de la morphine, suivant la méthode appliquée à Lafoux, pour les raisons que nous croyons avoir assez mis en évidence ;

III. — Le cas de l'observation V montre la nécessité, où, dans quelques cas rares, se trouvera le médecin d'avoir recours à d'autres procédés, en rapport avec des indications cliniques particulières.

BIBLIOGRAPHIE

- BALL. — Des lésions de la morphinomanie et de la présence de la morphine dans les viscères (Encéphale, 1886).
- BALL et JENNINGS. — Traitement de la morphinomanie (Encéphale, 1887).
- BÉRILLON. — Le traitement psychothérapique de la morphinomanie (Revue de l'hypnotisme, 1892, 129).
- CALVET. — Thèse de Paris, 1876, n° 502.
- CHAMBARD. — Les morphinomanes (Bibliothèque Charcot-Debove, Paris, Rueff, 1892).
- CHARCOT. — Leçons du mardi, t. II, 1888.
- CHOUPEE. — Bulletin de la Société de biologie, 1889.
- CHRISTIAN. — Guérison de la morphinomanie par la suppression brusque (Annales médico-psychologiques, 1889, 7^e série).
- COMBY. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1894, XI, 292, 764, 417.
- DÉBOVE. — Médecine moderne, juin 1895.
- DEERING. — Thèse de Paris, 1891.
- DUFLOCQ. — Morphinomanie traitée par suppression brusque (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux, 1894, XI, 333).
- ERLENMEYER. — Traitement de la morphinomanie (Encéphale, 1886).
- GAILLARD. — Thèse de Paris, 1894-1895, n° 58.
- GEORGANTAS. — Galenos, 1885 (en grec).
- GIANNOPOULOS. — Galenos, 1892 (en grec).
- GILLES DE LA TOURETTE. — Clinique thérapeutique des maladies du système nerveux, 1898.
- GORON. — « Le Journal », 24-30 mai 1899.
- GRASSET. — Traitement du morphinisme chronique et de la morphinomanie (Semaine médicale, 1885).
- GUIMBAIL. — Traité, 1892.

- HODÉE. — Thèse de Paris, 1895, n° 312.
- JENNINGS. — Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie (Encéphale, 1887, VII).
- JENNINGS et BALL. — Sur certains caractères du pouls chez les morphinomanes (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1887) (Encéphale, 1887).
- LANCERAUX. — Morphinisme et son traitement (Semaine médicale, 1884).
- LEVINSTEIN. — Bulletin général de thérapeutique (Traduction française par L. PETIT, 1876).
- LUTAUD. — Journal de médecine de Paris, 1896.
- LUTAUD et DEERING. — Revue de psychiatrie, avril 1899.
- LUYS — Annales de psychiatrie, février 1895 (Encéphale, 1887).
- MARANDON DE MONTYEL. — Encéphale, 1883 et 1885.
- MICHAUT. — Bulletin de thérapeutique, 1893.
- PICHON. — Traité, 1890, Octave, éditeur.
- REGNIER. — Thèse de Paris, 1890.
- SOLLIER. — Traité de thérapeutique. Albert Robin, 1896.
- STÉCOULIS. — Gazette médicale d'Orient, 1881-82.
- VOISIN (Auguste). — Guérison d'un morphinomane par la suggestion (Revue de l'hypnotisme, Paris, 1886).
- VOISIN (Jules). — Guérison par la suppression brusque (Bulletin de la Société médic. des hôpitaux, 1894).
- ZAMBACO. — Encéphale, 1882 et 1884.



Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 juillet 1899.

Le Doyen,
L. VIALLETON.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 juillet 1899.

Le Recteur :
ANT. BENOIST.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !



